

СНИЖЕНИЕ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАК ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Бабкин А. П.¹, Провольнева Л. П.²

¹Воронежский медицинский университет им. Н.Н.Бурденко,

²Больница скорой медицинской помощи, 3 г. Воронеж

Введение (цели/ задачи):

Изучить вкусовую чувствительность к глюкозе и поваренной соли у больных с метаболическим синдромом

Материал и методы:

В исследование включено 53 больных, страдающих ожирением 1-3 стадии и артериальной гипертензией (ср. возраст больных 58,9±1,56 лет), которые проходили лечение в дневном стационаре городской поликлиники № 4 г. Воронежа. По степени ожирения больные распределены на 3 группы – 27 человек страдали ожирением первой ст., 10- второй ст. и 16 больных третьей ст. Вкусовую чувствительность к глюкозе определяли путем последовательного нанесения растворов на переднюю поверхность языка в двукратно возрастающих концентрациях с 0,3% до 4,8%. За порог вкусовой чувствительности к глюкозе (ПВЧГ) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как сладкая. Вкусовую чувствительность к поваренной соли определяли по методике Henkin R, 1961. За порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) принимали минимальную концентрацию раствора, которая ощущалась испытуемым как соленая. Контрольную группу составили 11 человек, не страдавшие сердечно-сосудистыми заболеваниями с ИМТ<25 (ср. возраст 46,18±5,36 лет).

Результаты:

ПВЧГ в контрольной группе составил 1,82±0,3 % раствора глюкозы и оказался ниже, чем у больных 2-й ст. ожирения – 3,2±0,5% (p<0,05) и 3-й ст. ожирения 3,82±0,3 % (p<0,05). При опросе больных выяснено, что 64 % больных 1 ст. ожирения и 83% 2 ст. ожирения злоупотребляли сладкими блюдами в сравнении с 37% больными контрольной группы (p<0,05). ПВЧПС в контрольной группе составил (0,39±0,03 %) и оказался ниже, чем у лиц с ожирением 1,2 и 3 ст. – 0,45±0,03%, 0,5±0,04%, 0,48±0,04% (p<0,05) соответственно. Досаливание пищи отметили 30%, 22% и 50 % больных 1-й, 2-й и 3-й ст. ожирения соответственно. Офисное систолическое АД у больных 1-й степенью ожирения составило 132,8±2,4 мм рт. ст., диастолическое АД – 86,9±1,75 мм рт.ст., 2-й ст. – 139,6±3,9 мм рт.ст. и 86,0±4,0 мм рт.ст., 3-й ст. – 137,4±3,1 мм рт.ст. и 89,1±2,9 мм рт.ст. соответственно. В контрольной группе систолическое АД составило 124,3±2,8 мм рт.ст., диастолическое – 83,6±2,1 мм рт.ст. Достоверные различия у больных ожирением и контрольной группой получены по систолическому АД

Заключение:

1. Повышение порога чувствительности к сладкому можно рассматривать как возможную причину увеличения потребления углеводов в суточном рационе питания и развития ожирения. 2. Снижение вкусовой чувствительности к поваренной соли может свидетельствовать об увеличении суточного потребления соли и способствовать формированию артериальной гипертензии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СТРОЕНИЯ И ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ С β-ТАЛАССЕМИЕЙ

Николаева Г. Н., Сугак А. Б., Феоктистова Е. В.

ФНЦ дет. гематологии, онкологии и иммунологии
им. Рогачева

Введение (цели/ задачи):

Диагностика поражения сердца при β-талассемии на доклинической стадии недостаточно успешна, в связи с чем сохраняет актуальность поиска способов ее выявления. Длительное время талассемическая кардиомиопатия протекает бессимптомно, а когда сердечная недостаточность проявляется клинически, прогноз неблагоприятен. К ее развитию приводят два основных фактора – объемная перегрузка сердца в результате адаптации к хронической анемии и токсическое воздействие железа, откладывающегося в миокарде при заместительной трансфузионной терапии. Цель исследования – оценить возможности эхокардиографии (Эхо-КГ) в ранней диагностике изменений строения и функции левого желудочка (ЛЖ) сердца у детей с β-талассемией.

Материал и методы:

За период с 02. 2013 по 02.2016 года обследовано 50 детей с β-талассемией в возрасте от 2 до 16 лет (основная группа), клинических признаков поражения сердца в данной группе выявлено не было. Диагноз β-талассемии был установлен на основании клинической картины и результатов ДНК-исследования глобиновых генов. Контрольную группу составили 47 условно здоровых детей в возрасте от 2 до 16 лет. Проводилась Эхо-КГ с исследованием движения фиброзного кольца митрального клапана (ФК МК) в режиме тканевой доплерографии. Для диагностики нарушения диастолической функции и повышения конечно-диастолического давления в ЛЖ использовали критерии, рекомендованные ASE.

Результаты:

Обследованные дети 2х групп не отличались по весовым показателям. В группе пациентов с β-талассемией было достоверно ниже содержание гемоглобина в сыворотке крови 97,9±17,9 г/л, чем в контрольной группе 117,9±18,6 г/л (p<0,001). В группе пациентов с β-талассемией 45 (90%) детей получали регулярные гемотрансфузии; 35 (74%) детей получали терапию хелатерами железа; 8 (16%) детям была выполнена спленэктомия. ЭХО-КГ исследование выявило достоверное повышение в основной группе, по сравнению с контрольной группой – конечно-диастолического диаметра (КДД) ЛЖ 41,0±5,5 против 38,4±5,7 мм (p<0,05), индекс конечно-диастолического объема (ИКДО) ЛЖ 82,9±16,2 против 65,5±9,3 мл/м² (p<0,001), диаметр левого предсердия (ЛП) 27,3±5,1 против 24,0±4,1 мм (p<0,001), индекса массы миокарда (ИММ) 47,3±19,6 против 34,0±10,6 г/м² (p<0,001), сердечного индекса (СИ) 5,5±1,8 против 4,4±1,2 л/мин/м² (p<0,01). При оценке систолической функции сердца у подавляющего большинства (49 (98%)) пациентов с β-талассемией фракция выброса ЛЖ была в пределах нормы, а ее незначительное снижение (58%) зарегистрировано лишь у одного ребенка, однако среднее значение этого показателя в основной группе было достоверно ниже 67,6±4,5%, чем в контрольной группе 70,3±3,6% (p<0,05). Толщина стенок ЛЖ,

масса миокарда ЛЖ, ЧСС, ударный выброс ЛЖ, минутный объем в группах не различались. В нашем исследовании у детей с β -талассемией выявлено не снижение, а, напротив, увеличение скорости позднего диастолического наполнения ЛЖ (А) $68,5 \pm 15,8$ против $53,2 \pm 9,1$ м/сек ($p < 0,001$), так же, как и скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ (Е) $112,5 \pm 20,0$ против $86,7 \pm 16,6$ м/сек ($p < 0,001$), по сравнению с контрольной группой, в то время как отношение скорости раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ (Е/А) в группах не различалось. Оценка движения ФК МК в импульсно-волновом режиме тканевой доплерографии выявила достоверное увеличение скоростей движения ФК МК (е перегородочной части МФК $14,1 \pm 3,7$ против $12,3 \pm 1,6$ ($p < 0,01$), а перегородочной части МФК $7,6 \pm 3,4$ против $6,2 \pm 0,67$ см/сек ($p < 0,05$)). Скорости систолического движения латеральной и септальной частей ФК МК в группах не различались.

Заключение:

Эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, гипердинамический тип кровообращения и увеличение скоростей движения ФК МК являются первыми признаками, указывающими на возможность развития у детей с β -талассемией специфической кардиомиопатии – талассемической кардиомиопатии. Данная группа пациентов требует пристального динамического наблюдения с применением метода Эхо-КГ с исследованием движения фиброзного кольца митрального клапана в режиме тканевой доплерографии.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Нохрин А. В., Кулавская М. В., Сизова И. Н., Барбараш Л. С.

ФГБНУ "НИИ КПССЗ", Кемерово, РФ

Введение (цели/ задачи):

Цель исследования: оценить эффективность комплексного подхода – хирургического лечения ДМЖП с высокой легочной гипертензией по методике двойной заплаты с фенестрой и специфической терапии легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) в раннем и отдаленном (свыше 3-х лет) послеоперационном периоде.

Материал и методы:

С июня 2008 года по август 2016 оперировано 20 пациентов, в возрасте от 24 месяцев до 14 лет (средний возраст $8,5 \pm 4,6$ лет). Для закрытия дефектов использовали методику двойной заплаты с фенестрой при следующих нозологиях ВПС: «нерестриктивный» ДМЖП – 9, ДМЖП + субаортальный стеноз + гипоплазия дуги аорты с ее перерывом (тип В) + ОАП – 1, ДОМС от правого желудочка (без стеноза легочной артерии) – 6, общий АВК – 1, дефект аорто-легочной перегородки – 1 пациент. Сатурация в покое ниже 94% и перекрестный сброс крови на уровне межжелудочковой перегородки или на уровне дефекта аорто-легочной перегородки, выявленный по ЭХОКГ, является основанием рассматривать пациента с позиции наличия синдрома Эйзенменгера и критериев его «операбельности». В клинике принят алгоритм подходов к хирургическому лечению таких пациентов. Данные катетеризации сердца и теста на вазореактивность определя-

ют тактику лечения. В зависимости от результатов катетеризации сердца, пациенты были распределены на две группы. В I группу включили 9 пациентов, они имели положительную реакцию на вазореактивность сосудов легких и получали монотерапию ингибиторами фосфодиэстеразы 5 типа две недели до операции. Средний возраст пациентов составил $5,4 \pm 1,5$ года. Вторую группу также составили 12 пациентов, они получали комбинированную терапию: силденафил (в дозе 2,5 мг /кг в сутки) и бозентан (по схеме рекомендованной производителем препарата). Средний возраст детей был выше, чем в первой группе и равнялся $11,3 \pm 2,7$ лет. Все пациенты оперированы в условиях искусственного кровообращения по методике двойной заплаты с фенестрой.

Результаты:

Госпитальной и отдаленной летальности не было. Ранний послеоперационный период осложнился АВ - блокадой у 2(11%) детей. Бивентрикулярная сердечная недостаточность была у четырех (22%) пациентов. В отдаленном периоде все пациенты находятся на диспансерном наблюдении. Всем ежегодно выполняется катетеризация сердца. Средние сроки наблюдения в общей группе составили $42,5 \pm 16,2$ месяца (от 72 до 3 месяцев). У пациентов получавших монотерапию (1-ая группа) в послеоперационном периоде отмечалось значительное снижение ДЛА и легочного сосудистого сопротивления. Во 2 - ой группе неадекватный контроль ДЛА артерии отмечен у 2 пациентов в отдаленные сроки. Однако у них отмечается улучшение результатов теста с 6-ти минутной ходьбой.

Заключение:

1.Терапия пациентов с синдромом Эйзенменгера требует современного комплексного подхода. 2. Применение методики двойной заплаты с фенестрой и соблюдение протокола профилактики легочных кризов в раннем послеоперационном периоде демонстрирует хорошие непосредственные и отдаленные результаты. 3. Специфическая терапия ЛАГ является обязательным компонентом при применении методики двойной заплаты с фенестрой, как в дооперационном, так и в отдаленном послеоперационном периоде. 4. В отдаленном периоде необходимо тщательное амбулаторное наблюдение с ежегодной катетеризацией сердца и тестом на вазореактивность для оценки эффективности проводимой терапии.

СОПРЯЖЕННОСТЬ КАРДИОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ НА ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА У ЖИВОТНЫХ

Реброва Т. Ю., Афанасьев С. А., Попов С. В.

НИИ кардиологии, Томский НИМЦ

Введение (цели/ задачи):

Цель. Изучить изменения морфофункциональных показателей клеток периферического звена эритроцитов у крыс разных возрастных групп в условиях сформировавшегося постинфарктного кардиосклероза.

Материал и методы:

Были сформированы три возрастные группы животных: I группа (n=20) крысы возрастом 4 месяца, II группа (n=20) - 12 месяцев и III группа (n=20) - 24 месяца. Каждая возрастная группа включала 10 интактных животных и 10 животных с